

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité INCRUSE (§ 7580000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

II - Eléments à attester par le médecin:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une BPCO d'au moins un stade II documentée par tous les éléments suivants :

- des symptômes de dyspnée, de production d'expectorations ou de toux
- des antécédents de tabagisme ou d'exposition documentée à des particules ou gaz toxiques
- un rapport VEMS/CV < 0.7 (Indice de Tiffeneau) ou VEMS/CVF < 0.7 (Forced Expiratory Volume in 1 second/ (Forced) Vital Capacity) post bronchodilatation.
- une BPCO d'au moins un stade II de la classification GOLD 2011 de l'atteinte du flux respiratoire , c'est-à-dire un VEMS < 80%.

Ce patient participe à un programme de réhabilitation pulmonaire:

- Oui
- Non

Il s'agit d'une première demande:

Je joins à la présente demande, le protocole de spirométrie établissant que ce patient se trouve dans la situation attestée, protocole daté et signé reprenant au minimum les différents critères fixés à l'ANNEXE B du § 7580000 de l'A.R. du 21-12-2001.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité INCRUSE poudre pour inhalation. Je sais le remboursement est limité à 1 dose de 55µg d'uméclidinium par jour pour une période de 365 jours.

Il s'agit d'une première demande et ce patient a préalablement reçu le une autorisation de remboursement d'un anticholinergique à longue durée d'action conformément aux critères du chapitre IV:

Je confirme que ce patient a préalablement reçu le une autorisation de remboursement d'un anticholinergique à longue durée d'action conformément aux critères du paragraphe du chapitre IV relatif à cette spécialité, raison pour laquelle un nouveau protocole de spirométrie n'est pas joint.

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité INCRUSE
Je sais que le remboursement est limité à 1 dose de 55µg d'uméclidinium par jour pour une période de 365 jours.

Je joins l'autorisation de remboursement pour le médicament pour lequel le remboursement avait été précédemment autorisé.

Il s'agit d'une demande de prolongation :

Ce patient a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de traitement par l'INCRUSE selon les conditions du § 7580000.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement avec amélioration de l'état clinique du patient.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité INCRUSE pour un traitement de BPCO.
Je sais que le remboursement est limité à 1 dose de 55µg d'uméclidinium par jour par période de 365 jours, renouvelable sur demande.

J'ai connaissance que le remboursement simultané de INCRUSE avec un autre anticholinergique à longue durée d'action (seul ou en association fixe) n'est jamais autorisé.

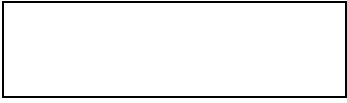
III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)